Zur Wochenbett-Statistik

an der Münchener Universitäts-Frauenklinik
während der Jahre 1890—1900.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Lazar Ellmann aus Zitomir (Russland).

München 1911

Druck von B. Heller, Herzog Maxstrasse 4.

Zur Wochenbett-Statistik

an der Münchener Universitäts-Frauenklinik
während der Jahre 1890—1900.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Lazar Ellmann aus Zitomir (Russland).

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

München 1911

Druck von B. Heller, Herzog Maxstrasse 4.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Geheimrat Prof. Dr. Döderlein.

Meiner Frau!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545817_0100

Im Vorworte zu Dr. Ploegers Arbeit führt Professor Ohlshausen aus: „Eine gute richtig angelegte und durchgeführte Statistik ist etwas ausserordentlich Wichtiges und Nützliches und speziell die Geschichte der Geburtshilfe zeigt uns sehr wichtige rein statistische Publikationen, durch welche Tatsachen von bleibenden Wert erst bekannt geworden sind.

Ganz besonders aber hat der Leiter eines grossen Krankenhauses den Wunsch, an der Hand der Statistik des Hospitals zu erfahren, wie die Erfolge sich nach dieser oder jener speziellen Richtung und im allgemeinen gestaltet haben."

Diese Worte charakterisieren uns das Wesen der Statistik und ihre Wichtigkeit. Für eine Frauenklinik spielt aber eine Statistik über die Morbidität und Mortalität eine besondere Rolle. Die Morbiditäts- und Mortalitäts-Statistik ist ein wertvoller Prüfstein, welcher erkennen lässt, ob die Einrichtungen des Hauses und die Sorgfalt der in der Klinik Tätigen in der Beobachtung der einzelnen Vorschriften entsprechend dem heutigen Stande der Wissenschaft derartig sind, um den Frauen, die sich der Behandlung durch die Klinik anvertrauen, hinreichenden Schutz und Hilfe gewähren.

Der Zweck meiner Arbeit soll es sein, einen Ueberblick über die Mortalität und Morbidität der Münchener Frauenklinik während der Jahre 1890—1900 zu geben. Bevor ich aber zur Besprechung der statistischen Daten übergehe, erlaube ich mir nur ganz im allgemeinen über das Puerperalfieber, welches in einem ganz engen Zusammenhang mit der Morbidität und Mortalität steht, etwas zu sagen.

Das Puerperalfieber, die schrecklichste Erkrankung früherer Zeiten beschäftigt noch jetzt die Geburtshilfe. Es waren Zeiten, wo diese „mörderische Seuche", wie sich Bumm ausdrückt, Tausende von Opfern forderte. Insbesondere wurden die Gebäranstalten befallen, in denen sich viele Kreissende befanden. Die Geburtshilfe stand dieser Krankheit bis zum Jahre 1847 ganz hilflos gegen-

über. Im Jahre 1847 hatte Semmelweiss die Aetiologie des Puerperalfiebers erklärt. Er ist zu dieser Entdeckung ganz zufällig gekommen. Die Theorie, welche das Entstehen des Puerperalfiebers den „atmosphärischen, kosmischen, tellurischen" Einflüssen zuschrieb, konnte ihm nicht die Tatsache aufklären, warum sich die Verhältnisse an den zwei Abteilungen der Wiener Gebäranstalt ganz verschieden verhielten. Auf der einen Abteilung, an der sich mit den Kreissenden Studenten beschäftigten, gab es keinen Tag ohne dass vorher ganz blühende junge Frauen dem Puerperalfieber zum Opfer fielen. Auf der Hebammenabteilung aber waren die Verhältnisse bedeutend günstiger. Ein Zufall erklärte ihm diesen Unterschied. Professor Koletschka, ein Freund von ihm, hatte sich bei einer Sektion infiziert und starb. Bei der Obduktion zeigte sich derselbe Befund, welchen Semmelweiss immer bei Frauen nach dem Tode durch Puerperalfieber fand. Von da an wurde ihm alles klar. Es musste sich um eine Infektion von aussen handeln.

Die grosse Mortalität, welche auf der ersten Abteilung herrschte, hatte sich Semmelweiss so aufgeklärt, dass die Studenten, welche immer mit zersetzten tierisch - organischen Stoffen am Sektionstisch oder auch in der chirurgischen Klinik mit Eiter in enge Berührung kamen, das Gift durch ihre Hände auf die Kreissenden übertragen und diese infizieren. Es kommt zur Resorption der zersetzten tierisch-organischen Stoffe, welche das Puerperalfieber hervorruft.

Das ist das Wesentlichste der Lehre von Semmelweiss. Während für uns die Theorie Semmelweiss vollständig klar scheint, wurde sie doch von seinen Zeitgenossen als unbegründet nicht anerkannt. Es mussten zwei Dezennien vergehen, bis Lister im Jahre 1867 durch seine Begründung der Theorie der Wundbehandlung Semmelweiss Lehre als richtige bestätigen konnte. Noch jetzt sind die Grundprinzipien über das Wesen des Puerperalfiebers nach den Forschungen der Bakteriologie dieselben geblieben. Wir stellen nur anstatt des zersetzten tierisch-organischen Stoffes Toxine, welche sich bilden, wenn Mikroorganismen in die Genitalien der Frau eindringen.

Wenn niemand jetzt zweifeln wird, dass das Puerperalfieber durch Infektion entsteht, so herrschen doch verschiedene Meinungen, auf welchem Wege die Mikroorganismen in den Körper der Frau eindringen. Während die einen in allen Fällen von Puerperalfieber eine Infektion von aussen annehmen, verteidigen die anderen eine Möglichkeit der Selbstinfektion. Ahlfeld, einer der Hauptverfechter der Selbstinfektion hält es für unmöglich, dass eine mit der Aussenwelt in so breiter Verbindung stehende Höhle wie

die Vagina nicht pathogene Organismen bergen sollte. Die bakteriologischen Untersuchungen des Sekrets bei Kreissenden und Wöchnerinnen konnten wirklich die Meinung von Ahlfeld bestätigen. Es leben wirklich in der Vagina viele Keime, unter denen sich auch pathogene befinden. Sie sind aber als Saprophyten anzusehen, welche sich ganz dem Organismus anpassen. Die Vaginalschleimhaut liefert ein Sekret, das die Saprophyten in einer abgeschwächten Virulenz hält und ihnen nicht die Möglichkeit gibt, sich zu vermehren und schädigend einzuwirken. Unter besonders günstigen Verhältnissen sind sie doch imstande einen Einfluss auszuüben. Es muss aber den Saprophyten vorher ein günstiger Boden zu ihrer Vermehrung geschaffen werden; es müssen also noch viele Momente mithelfen. Als solche dienen in den meisten Fällen Retentionen von Gewebsteilen im Uterus (Eihäute, Plazentareste) oder auch Stauung der Lochien durch irgend welche Ursache.

Krönig und Menge konnten durch ihre Versuche nachweisen, dass die bakterizide Eigenschaft des normalen Vaginalsekretes die Wirkung der Keime erschwert, wenn Abfluss der Lochien nach aussen erfolgen kann und wenn keine Stauung auftritt. Kommt es aber zur Stauung, ist der Abfluss der Lochien nach aussen verhindert, so entsteht eine Resorption der zersetzten Substanzen, was für die Vermehrung der saprophytisch lebenden Keime einen guten Boden abgibt.

Man muss doch die Saprophyten als harmlos in diesem Sinne ansehen, dass ihnen die Fähigkeit fehlt, tief in das Gewebe einzudringen und schwere Erkrankungen hervorzurufen. Anders ist es aber mit den pathogenen Keimen, welche von aussen hineingeschleppt werden können. Treffen sie eine offene Wunde, was beim Geburtsakt immer der Fall ist, so vermehren sie sich schnell, durchsetzen das Gewebe, dringen in die tief liegenden Schichten und treten in die Lymph- und Blutbahnen ein. Von da metastasieren sie in die verschiedenen Organe und rufen die tödlich verlaufenden Erkrankungen hervor. Nicht alle wollen deswegen jedes Fieber im Wochenbette als „Puerperalfieber“ anerkennen. Fromme sagt: „das Fieber, das infolge einer mechanischen Ursache auftritt, kann ich nicht als Puerperalfieber im eigentlichen Sinne bezeichnen. Als solches möchte ich nur gelten lassen dasjenige, das zustande kommt durch die Eindringung pathogener Fremdkeime, hauptsächlich des Streptokokkus pathogenes in den Genitalkanal der Frau.“

Es entsteht ein so grosser Unterschied zwischen der Wirkung dieser beiden Arten von Keimen, dass Döderlein, Bumm und andere vorgeschlagen haben, in jedem Falle von Puerperalfieber

das Lochialsekret zu untersuchen und je nach dem Befunde die Prognose zu stellen.

Als spezifischer Erreger des Puerperalfiebers wird der Streptokokkus pyogenes angenommen. Obwohl verschiedene Keime in dem Lochialsekrete der Fiebernden nachgewiesen worden sind, so fand man doch in 9 Zehntel aller Fälle den Streptokokkus. „Dieser kommt in Betracht nicht nur dadurch, dass er überhaupt häufiger als andere Keime zu Puerperalfieber führt, sondern dadurch, dass gerade die schwersten, namentlich die tödlichen aller Fälle von Puerperalfieber dem Streptokokkus zur Last zu legen sind". (Zangenmeister.)

Seitdem Semmelweiss die Aeteologie des Puerperalfiebers entdeckt hat, ist es die Aufgabe der Geburtshilfe geworden, verschiedene Mittel zu finden, um Herr dieser Krankheit zu werden. Schon Semmelweiss suchte durch verschiedene Chemikalien das Gift, welches auf den Händen stecken bleibt, zu zerstören. Mit seiner prophylaktischen Desinfizierung der Hände mit Chlorkalklösung war er imstande die Mortalität von 16,1 % auf 3,08 % herabzusetzen. Es bildete sich seither eine ganze Lehre über das Vermeiden des Puerperalfiebers, die sogenannte Prophylaxe. Sie umfasst jetzt viele Massregeln, welche in subjektive und objektive zerfallen. Die erstere fordert, dass die Untersuchenden sich ganz fern von Infektionsquellen halten und die Hände so gut als möglich desinfizieren.

Zur Desinfektion der Hände sind verschiedene Methoden vorgeschlagen worden, aber die von Ahlfeld und eine andere von Fübringen haben sich als zweckmässigste herausgestellt. Das Wesentlichste beider Methoden ist dem Alkohol zuzuschreiben. Verschiedene mikroskopische Untersuchungen konnten aber beweisen, dass trotz guter Desinfektion die Hände doch nicht als ganz keimfrei anzusehen sind. Um die mangelhafte Desinfektion der Hände zu unterstützen, stellten Döderlein und Küstner Versuche an, mit Handschuhen zu untersuchen. Die klinischen Erfahrungen haben den Nutzen der Handschuhe beweisen können und Bumm hat Recht, wenn er sagt, dass die Gummihandschuhe ohne Zweifel das sicherste Mittel sind, um die Uebertragung der Sepsis durch die Hände des Arztes zu verhindern. Die Instrumente, welche wie die Hände, die pathogenen Keime in den Genitalkanal der Frau einschleppen können, sind bis $^1/_2$ Stunde in Sodalösung auszukochen. Was die objektiven Massregeln anlangt, so herrschen über einige von diesen noch bis jetzt verschiedene Meinungen, namentlich über die Frage des Vollbads und der Scheidenspülungen. Es sind an verschiedenen Kliniken über Vollbad und Scheidenspülungen viele Versuche gemacht worden. Die Resultate waren

aber so verschieden, dass z. B. jetzt noch einige Kliniken bei den Kreissenden prophylaktische Scheidenspülungen durchführen, während andere dieselben gänzlich unterlassen.

Was die Frage über das Vollbad anlangt, so konnte Prof. Döderlein mit seinen Versuchen nachweisen, dass das Vollbad keine Gefahr darstellt. In der Münchener Klinik bekommt noch jetzt jede Kreissende ein Vollbad beim Eintritt.

Einen besonders grossen Streit hat die Frage der Scheidenspülungen hervorgerufen. Während Ahlfeld und seine Anhänger, die die Möglichkeit der Selbstinfektion annehmen, mit ihren statistischen Daten über die Scheidenspülungen die Richtigkeit ihrer Theorie zu unterstützen suchten, haben die Statistiken von Rosthorn und Anderen ganz das Entgegengesetzte bewiesen. Man kann jedoch den statistischen Daten der einen oder der anderen Klinik über diese Frage keinen Ausschlag geben. Es spielen so viele Momente bei der Entstehung des Puerperalfiebers mit, dass man nicht imstande ist immer mit Bestimmtheit zu sagen, dass diese oder jene Ursachen die Entstehung des Puerperalfiebers begünstigt haben. Vielmehr Bedeutung kommt den bakteriologischen Untersuchungen zu. Letztere haben bewiesen, dass kein Desinfiziens imstande ist die Scheide während der ganzen Dauer der Geburt keimfrei zu erhalten. Es ist also auch bei gründlicher Desinfektion der Scheide eine Entstehung des Puerperalfiebers gar nicht ausgeschlossen. Schon diese Möglichkeit macht die Scheidenspülungen ganz unzweckmässig. Ausserdem führen sie viel Schaden mit sich und sind daher ganz zu verwerfen. Bumm, welcher sich mit dieser Frage viel beschäftigt hat, sagt: „Wie man sich leicht überzeugen kann, wird durch öfter wiederholte desinfizierende Scheidenspülungen die Sekretbeschaffenheit künstlich geändert; an die Stelle des physiologischen Sekretes tritt eine dünnseröse, bei längerer Geburtsdauer eitrig oder blutig verfärbte Flüssigkeit, in welcher man nicht mehr die unschädlichen Bazillen, sondern massenhaft Kokken findet.“ Die Natur selbst schützt die Frau gegen die Gefahr des Puerperalfiebers.

Solange das Scheidensekret die Zusammensetzung, welche es in der Schwangerschaft zeigte, auch sub partum beibehält, ist es auch für die Kreissenden ein wunderbares, natürliches Schutzmittel gegen puerperale Infektion. (Menge.)

Die Versuche, welche an der hiesigen Frauenklinik angestellt worden sind, die Scheide durch Milchsäure zu desinfizieren, konnten nur die Resultate vieler anderer Kliniken bestätigen und entschieden zu Ungunsten der Scheidenspülungen.

Ehe ich zu der Besprechung der statistischen Daten übergehe, halte ich es für notwendig über die subjektive und objektive Desinfektion auf dem Kreiss-Saal der Münchener Frauenklinik während der Jahre 1890—1900 Folgendes anzuführen.

Jeder Studierende, welcher mit Leichenteilen oder sonstigen septischen Stoffen in Berührung gekommen ist, hatte eine 3tägige Karrenz einzuhalten. Jeder Kreissenden wurde beim Eintritt ein Vollbad und ein Klystier verabreicht. Dann folgte eine gründliche Desinfektion der äusseren Genitalien. Vor dem Betreten des Kreiss-Saales hat der Praktikant seinen Rock abzulegen und Aermel hochzuschlagen; dann erhält er einen frisch gewaschenen leinenen Rock und hat sich folgendermassen zu desinfizieren: zuerst erfolgt ein fünf Minuten dauerndes energisches Abbürsten der Hände und Vorderarme in einer Heisswasser-Seifenlösung; nachdem dann mit der Schere die Nägel gekürzt und mit dem Nagelmesser jeglicher Schmutz unter dem Falz beseitigt worden ist, wird das fünf Minuten dauernde Abbürsten in Heisswasser-Seifenlösung wiederholt. Sodann folgt ein zwei Minuten dauerndes Abbürsten in Alkohol und schliesslich ein fünf Minuten langes Abbürsten in Lysol. Die Hände dürfen nach der Desinfektion weder abgetrocknet, noch darf irgend ein Gegenstand vor dem Touchieren berührt werden.

Ich gebe nun zunächst einen allgemeinen Ueberblick über das bearbeitete Material. In der hiesigen Frauenklinik wurden während der Jahre 1890—1900 10,651 Frauen entbunden. In diese Zahl sind einbegriffen die Hausschwangeren, sämtliche Frühgeburten und Aborte.

Es befanden sich darunter 4939 Erstgebärende, d. h. 46,3 % und 5712 Mehrgebärende, d. h. 53,7 %. Von den 10651 Wochenbetten nahmen 9198 einen normalen Verlauf = 86,3 %, während 1453 von fieberhaften Temperatursteigerungen begleitet waren = 13,7 %.

Als Temperaturgrenze ist hier 38,5° C. im Rektum gemessen angenommen.

Auf die einzelnen Jahre verteilen sich diese Zahlen folgendermassen:

	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899
Gesamtzahl der Geburten	949	1035	1012	938	949	964	1045	1148	1268	1343
Zahl d. normalen Geburten	819	865	827	758	845	803	915	985	1139	1242
Zahl der mit Fieber verlaufenden Geburten . .	130	170	185	180	104	161	130	163	129	101
Gesamtmorbidität in % .	13,6	16,4	18,2	19,1	10,9	16,7	12,4	14,1	10,1	7,5

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, ist die Gesamtmorbidität während der letzten drei Jahre gesunken, während die Anzahl der Wöchnerinnen im Zunehmen begriffen war.

Folgende Tabelle ermöglicht einen Ueberblick über den Grad und die Häufigkeit des Fiebers:

	Erst-gebärende	Mehr-gebärende	Zusammen
Zahl der Wöchnerinnen	4939	5712	10,651
Gefiebert haben:			
1 Tag	345	313	658
2 Tage	267	234	501
mehrere Tage	179	115	294
Gesamtzahl der Fiebernden . .	791	662	1453
Unter diesen hatten Temperaturen:			
von 38,5—39°	478	399	877
über 39°	313	263	576

Die Erstgebärenden zeigten Temperatursteigerungen von 16,01 %, die Mehrgebärenden solche von 11,5 %. Dass bei den Erstgebärenden eine grössere Morbidität zu verzeichnen ist, erklärt sich leicht. Bei Erstgebärenden kommt es öfters zur Verlangsamung der Geburt, wodurch bei einer geplatzten Blase den Mikroorganismen die Möglichkeit gegeben ist, in die Uterushöhle einzudringen. Bei Erstgebärenden werden auch operative Eingriffe viel häufiger unternommen, welche selbstverständlich auch viel zur Gefahr der Ansteckung beitragen.

Als Ursache des Fiebers konnten eruiert werden:

Bronchitis, resp. Bronchopneumonie	in	12 Fällen
Phtisis pulmonum	„	49 „
Pleuritis	„	7 „
Angina	„	25 „
Influenza	„	32 „
Erysipelas faciei	„	3 „
Pneumonia cruposa	„	8 „
Mastitis	„	234 „
Summa:		370 Fälle.

Diese Zahlen geben eine Uebersicht über die sog. akzidentellen Erkrankungen. Zu den akzidentellen Erkrankungen rechne ich auch die Mastitis. Obwohl die letztere mit dem Puerperium verbunden ist, so ist sie doch keine Erkrankung des Wochenbettes im eigentlichen Sinne.

Ich habe die Gesamtzahl der Wöchnerinnen während der Jahre 1894—1900 in 3 Gruppen eingeteilt:

1. Wöchnerinnen, bei welchen eine Untersuchung ausserhalb der Klinik vorgenommen wurde,
2. solche, welche nur innerhalb der Klinik untersucht wurden,
3. solche, bei welchen eine Untersuchung weder innerhalb noch ausserhalb der Klinik stattfand.

Eine solche Gruppierung konnte ich nur während der Jahre 1894—1900 durchführen, weil in den Geburtslisten anderer Jahre die Angabe fehlt, ob die Kreissenden ausserhalb untersucht worden waren.

Die Ergebnisse sind folgende:

	1894*)	1895	1896	1897	1898	1899	Gesamt-morbidität
I. Ausserhalb untersucht	168	235	193	220	168	207	19,1 %
Gefiebert haben:	26	50	41	47	36	17	
II. Innerhalb untersucht	633	672	788	796	860	1083	10,2 %
Gefiebert haben:	59	105	81	103	74	74	
III. Gar nicht untersucht	39	57	64	132	240	113	9,4 %
Gefiebert haben:	5	6	8	13	19	10	

Wie aus der Tabelle folgt, fällt die grösste Morbidität auf diejenigen, die ausserhalb der Klinik untersucht worden sind. Vergleicht man die Morbidität der ausserhalb mit der innerhalb Untersuchten, so bekommt man einen Unterschied von 8,9 %. Dieser Unterschied lässt sich dadurch erklären, dass die Verhältnisse ausserhalb der Klinik nicht so günstig sind wie innerhalb derselben. Ausserhalb werden die Frauen meistens von Hebammen untersucht, bei welchen die sachgemässe Durchführung der Asepsis noch vieles zu wünschen lässt.

Interessanter ist der Vergleich zwischen Gruppe II und III. Der Unterschied zwischen der Morbidität beider Gruppen ist so klein, dass ich daraus folgenden Schluss ziehe: bei einer streng durchgeführten Asepsis sind die Untersuchungen als ungefährlich anzusehen.

Von Interesse ist auch die Frage, wie sich die Morbiditätsverhältnisse in den Fällen gestalten, die einen operativen Eingriff erforderten. Dazu dient folgende Tabelle:

*) vom 16. März an.

	Zahl	Gefiebert haben	Gesamtmorbidität
Zange	342	78	22,8 %
Wendung (innere)	197	43	21,8 %
Wendung und Extraktion .	235	37	15,7 %
Perforation und Kraniokl .	49	12	24,4 %
Sectio caesarea	8	2	25 %
Manuelle Placentarlösung .	28	10	35,7 %
Summa:	859	182	21,1 %

Die operativen Eingriffe wurden bei 8,06 % aller Wöchnerinnen vorgenommen. Das Fieber nach diesen machte 12,5 % aller Fieberfälle aus.

Aus dem früher Gesagten ergibt sich, dass die Gesamtmorbidität der Münchener Frauenklinik während der Jahre 1890—1900 13,7 % beträgt. Wenn jedes Wochenbett das von Fieber begleitet ist, in die Rubrik der Gesamtmorbidität eingerechnet werden muss, so kann ich nicht die letztere, welche an der hiesigen Klinik 13,7 % ausmacht, als Infektionsfieber betrachten. Es müssen die akzidentellen Erkrankungen abgerechnet werden.

Rechnet man die akzidentellen Erkrankungen ab, so ergibt sich, dass auf 10,651 Wöchnerinnen nur 1083 Fieberfälle rein genitaler Natur fallen, was eine Morbidität von 10,1 % ausmacht. Die Angaben anderer Kliniken sind folgende:

Universitätsfrauenklinik zu Tübingen (1891—1897) . . . . 8,9 %
„ „ „ Würzburg (5000 Fälle) . . . . 9,6 %
Deutsche Geburtshilfl. Univ.-Klinik zu Prag (1891—1897) 10,2 %

Obwohl die äusseren und inneren Verhältnisse an der Münchener Frauenklinik sehr ungünstig sind, so schwanken doch ihre Resultate mit denen anderer Kliniken verglichen, ganz unbedeutend.

Wenden wir uns nun den Mortalitätsverhältnissen der hiesigen Klinik zu. Die Zahl der Todesfälle innerhalb dieser 10 Jahre beträgt bei 10651 Wöchnerinnen 60, somit eine Gesamtmortalität von 0,56 %.

Zum Vergleiche dienen die Resultate anderer Kliniken. Die Mortalität betrug in Bonn in den Jahren 1885—1893 1,32 %, in Halle in der Zeit von 1887—1893 0,78 %, in Prag von Oktober 1891 bis März 1897 0,88 %, in Giessen in den Jahren 1894—1897 0,69 %. Die Gesamtmortalitätsziffer der Münchner Klinik wird also nach dem Vergleiche mit solchen anderer Kliniken am günstigsten sein. Von den 60 Verstorbenen waren 33 unter, 27 über 30 Jahre alt.

Die Ersteren geben 55 %, die letzteren 45 %. Es befanden sich zwischen den Gestorbenen 23 Erstgebärende, 33 Mehrgebärende, während bei den 4 Uebrigen die Anamnese in dieser Hinsicht keinen Ausschluss gibt. Die Mortalität bei Mehrgebärenden ist also bedeutend höher als bei den Erstgebärenden. Von den 60 Gestorbenen wurden 28 operiert, was einem Prozentsatz von 46,6 aller Todesfälle gleichkommt.

Von den operativen Eingriffen wurden folgende unternommen:

Forzeps	5
Forzeps und manuelle Placentarlösung	2
Wendung und Extraktion	9
Kombinierte Wendung	2
Perforation und Kranioklasie	3
Manuelle Placentarlösung	6
Sectio caesarea	1

Von den 60 ad exitum Gekommenen starben an:

Puerperal-Infektion	25
Uterusruptur	10
Verblutungen ex Atonia uteri	5
Eklampsie	6
Placenta prävia	7
Miliartuberkulose	1
Lungenembolie	2
Luftembolie	1
Chloroformtod	1
Perniciöse Anämie	1
Atelektase der Lungen	1
Summa:	60

Wende ich mich nun der ersten Gruppe zu, so finde ich eine Infektionsmortalität von 0,23 %. Dabei sind aber einige von diesen Gestorbenen schon entbunden mit Fieber eingeliefert worden und bei einer wurde zu Hause ein operativer Eingriff vorgenommen. Entbunden eingeliefert wurden 5; bei einer fehlt die Krankengeschichte. Diese 6 Fälle fallen nur zur Last der Klinik und können nicht in Betracht kommen bei der Aufstellung der Infektionsmortalität. Man kann die Klinik für alle diese Fälle nicht verantwortlich machen. Es bleiben also 18 Fälle, welche ganz fieberlos in die Klinik hineinkamen. Berechne ich die Infektionsmortalität auf alle Wöchnerinnen, so bekomme ich eine solche von 0,16 %. Von der Gesamtzahl der Verstorbenen sind mithin 30 % an puerperaler Infektion zugrunde gegangen.

Zum Vergleiche der Sterblichkeit am Kindsbettfieber seien hier angezogen die Resultate verschiedener anderer Kliniken.

Paris (Pinard)	0,18%
Berlin (Olshausen)	0,59%
Wien (Schauta)	0,22%
Leipzig (Zweifel)	0,16%

Aus diesen Angaben folgt, dass die Infektionsmortalität an der Münchener Klinik während der Jahre 1890--1900 als günstig zu betrachten ist.

Zwischen den an puerperaler Infektion Verstorbenen befanden sich 11 Erstgebärende, 6 Zweitgebärende 4 Drittgebärende und je 1 Fall von 4-, 5-, 6- und 14-Gebärenden. Die Erstgebärenden sind also mehr disponiert für puerperale Infektion als die anderen. Ein grosser Teil der Todesfälle ist auf Blutungen zurückzuführen. Die Gebärenden mit Blutungen nach Placenta praevia wurden alle schon in einem anämischen Zustand in die Anstalt aufgenommen. — Es wurden in allen 7 Fällen der Placenta praevia zur Stillung der Blutung die Tamponade in Anwendung gebracht. Bei erweitertem Muttermunde wurde in 6 Fällen die Wendung und Extraction gemacht, während bei einer die kombinierte Wendung nach Braxton Hicks durchgeführt wurde.

Unter den 10 Todesfällen an Uterusruptur befanden sich 9 Mehrgebärende, während bei einer die Anamnese fehlt. Die Prädisposition der Mehrgebärenden für diese Komplikation bei der Geburt ist eine bestätigte Tatsache. In 7 Fällen kann die Operation verantwortlich gemacht werden, in 2 Fällen entstand die Ruptur spontan, bei Einer fehlt die Anamnese. Von den operativen Eingriffen führten zur Ruptur: Wendung und Extraction bei 3 Fällen, in 2 Eällen Forzeps und in 2 Fällen Perforation und Kranioklasie. In allen Fällen war der Blutverlust ein grosser. In 8 Fällen wurde die Blutung durch Tamponade gestillt, bei Einer kam es zur Laparotomie, bei einer fehlt die Anamnese.

An Eklampsie starben 6 Wöchnerinnen, 5 Mehrgebärende und 1 Erstgebärende, 2 wurden bewusstlos in die Anstalt gebracht. In 3 Fällen wurde die Schnellentbindung durchgeführt, bei 3 folgten die Geburten spontan. Der Sektionsbefund ergibt in 1 Fall Nephritis akuta, in 3 Fettdegeneration der Niere, in 2 Fällen wurde die Sektion verweigert.

Es folgen jetzt kurze Auszüge der Krankengeschichten mit den anatomisch-pathologischen Befunden.

Uterus-Ruptur.

1. Fall. Eva W., Kellnerin, 30 Jahre. P. V. Eintritt 22./II. 1897.

Innere Untersuchung ergiebt: Kopf beweglich im Becken, Muttermund vollständig erweitert. I. Schädellage. Vorfall der Nabelschnur. Es wird ein Versuch gemacht, durch den Eingriff von Kristeller die Frucht zu entfernen; bald sistieren die kindlichen Herztöne. Das Kind ist tot. Perforation und

Kranioklasie. Während der Operation entleert sich offenbar aus dem Uterus kommend Blut. Der Puls bleibt anhaltend schnell, wird aber bald klein, sodass jede halbe Stunde Kampher injiziert werden musste.
23. T. 36,9°, P. 112. Leib meteoristisch aufgetrieben, stark empfindlich. Patientin sieht anämisch aus. Erbrechen von dunkel-grün-braun, offenbar Galle enthaltender Masse. Lochien nicht übelriechend.
24. T. 38,6°, P. 160. Hochgradiger Meteorismus. Tagsüber kein Erbrechen, fortwährendes Aufstossen; rechts oberhalb des Nabels ein Exsudat zu fühlen.
25. T. 40,1°, P. 150. Meteorismus etwas geringer. Reichlicher Abgang von Flatus. Kein Erbrechen; Exsudat im Abdomen hat zugenommen. Delirium. Exitus.
Sektionsbefund: Ruptur des Uterus und der Blase. Sepsis, eiterige Peritonitis.

2. Fall. Barbara B., Schäfflersfrau, 41 Jahre. P. IX. Eintritt 24./XII. 1893.

P. wurde in die Klinik pulslos eingebracht. Die innere Untersuchung ergab einen vorliegenden Mutterkuchen. Kampher, heisse Umschläge auf den Leib brachten die Frau wieder zum Bewusstsein.
25. T. 37°, P. 135. Sehr blass, keine Blutung.
26. T. 37,2°, P. 110. Tamponade erneuert. Kein Kindteil zu erreichen.
27. T. 37,5°, P. 120. Die Patientin sieht blasser als vorher aus.
28. T. Starke Schmerzen in der Seite. Heisse Umschläge.
29. T. 36°, P. 130. Nachts unruhig, starker Durst; Patientin fühlt sich sehr schwach.
30. T. Plötzlicher Collaps; Aether, Kampher. Exitus.

Sektionsbefund: Ruptur des Uterus intra partum. Austritt der Frucht nebst Placenta in die Bauchhöhle. Plecenta praevia marginata. Beginnende Peritonitis.

3. Fall. Katharina W., Taglöhnersfrau, 35 Jahre. P. IX. Eintritt 15./I. 1894.

Bei der inneren Untersuchung wird Placenta praevia diagnostiziert. Blutung unbedeutend; hatte beim Eintritt Fieber. Am 5. Tage wird die Wendung und Extraction gemacht. Die Patientin fiebert fortwährend. Am 21./I. tritt ein plötzlicher Collaps ein. Exitus.

Sektionsbefund: Ruptur des Uterus. Eitrig-fibrinöse Peritonitis; Schwellung der Leber, Nieren und Lungen.

4. Fall. Maria H., Fabrikarbeiterin, 42 Jahre. P. IX. Eintritt 6./VI. 1896.

Bei der inneren Untersuchung liegt eine Schulter vor. Eine verschleppte Querlage. Es wird die Decapitation und Extraction gemacht unter der Narkose. Nach der Operation Puls klein trotz Aetherinjektionen. Patientin klagt über heftige Schmerzen in der Bauchhöhle. Der Puls wird immer kleiner. Sensorium erhalten. $6^1/_2$ Stunden nach der Geburt Exitus.

Sektionsbefund: Komplette Ruptur des Uterus; retroperitonealer Hämathom. Bluterguss in die Bauchhöhle. Milztumor; Spitzentuberkulose. Anämie sämtlicher Organe.

5. Fall. Anna K., Taglöhnerin, 29 Jahre. P. IV. Eintritt 11./IV. 1897.

Die Untersuchung ergiebt Schieflage. Muttermund vollständig erweitert. Es wurde die Wendung gemacht. Da die Herztöne schwach sind, wird die Extraction angeschlossen. Gleich nach der Geburt kommt eine Menge Blut heraus. Uterus mässig kontrahiert. Placenta wird exprimiert. Die Besichtigung ergiebt einen tiefen Riss in der hinteren Kommissur. Tamponade der Scheide. Blutung steht. Dammnath. 3 Stunden später bekommt Patientin einen Collaps, der trotz energischer Anwendung von Excitantia zum Tode führt.

Sektionsbefund: Tod durch Verbluten infolge der Ruptur des Vaginalgewebes und der Cervix.

6. Fall. Maria H., 41 Jahre. P. X. 1898.

Aeussere Untersuchung ergiebt I. Schieflage bei ganz schlechten Wehen. Die Patientin wird angewiesen, sich auf die linke Seite zu legen. Nachmittags treten stärkere Wehen auf und Patientin wird auf den Kreissaal gebracht. Innere Untersuchung ergiebt I. Schädellage, Kopf beweglich im Beckeneingang, Muttermund klein, handtellergross, Blase stehend. Die Wehen werden sehr kräftig. Patientin presst stark mit und bald springt die Blase. Plötzlich fällt auf, dass der Uterus stark in die Höhe steigt. Patientin collabiert. Wegen der sichtlichen Gefährdung der Mutter Forzeps. Leichte Extraction eines toten Kindes. Da keine Blutung eintritt, wird spontane Lösung der Placenta abgewartet. Nach einer halben Stunde wird die Placenta exprimiert. Starke Blutung. Puls 140. Tamponade. Nach der Tamponade verfällt Patientin zusehends unter den deutlichen Anzeichen einer inneren Blutung. Exitus letalis.

Sektionsbefund: In kompletter Ruptur der Uteruswand und der Vagina. Hochgradige allgemeine Anämie. Leichtes Oedem der hinteren Lungenabschnitte.

7. Fall. Anna T., 7./III. 1898.

Anamnese fehlt.

Sektionsbefund: Ruptura uteri incompletta des linken Cervikalteiles mit bedeutendem retroperitonealen Bluterguss links des linken Psoas und des absteigenden Colons. Hochgradige Anämie. Hämorrhagischer Ascites leichten Grades.

8. Fall. Antonie M., Fabrikarbeiterin, 23 Jahre. II. P. Eintritt 20. III. 1899.

Die Untersuchung ergibt eine I. Schädellage, Scheideneingang und Scheide sehr eng. Muttermund Zweimarkstück gross. Kopf beweglich im Beckeneingang. Später wird bei erweitertem Muttermunde die Forzeps beschlossen. Da nach einer halben Stunde die Nabelschnur sich weiter in den Uterus zurückzieht, wird vergeblich Credé versucht und dann mit der Hand eingegangen; dabei stellt sich heraus, dass die Placenta sich nicht im Uterus befindet, sondern frei in der Bauchhöhle. Während nun die Placenta entfernt und der Uterus kräftig nach unten gedrückt wird, um die Blutung möglichst einzuschränken, werden die Vorbereitungen zur Laporotomie getroffen. Gleichfalls Kochsalzinfusionen und wegen der Kleinheit des Pulses Kampher. Die Laporotomie ergibt eine grosse Menge Blut in der Bauchhöhle, und dicht über der Ansatzstelle der Blase einen queren Riss, der sich rechts nach abwärts in den Cervix und die Vagina fortsetzt. Die Schliessung des Risses gelingt sehr gut. Blutverlust bei der Operation gleich Null. Ein Wochenbettsbericht war bei dieser Patientin nicht zu finden, wohl aber ein Sektionsprotokoll, dessen anatomische Diagnose lautete: Ruptur des unteren vorderen Uterinsegmentes; kleine Einrisse in die Vagina, Hochgradige Anämie und Oedem des Gehirns. Hypertrophie des Herzens.

9. Fall. Maria G., Maschinenarbeiterin, 30 Jahre. P. VII. Eintritt 22. VII. 1899.

Patientin stand im Krankenhaus wegen Tuberkulose der Lungen in Behandlung und wurde daselbst von einer Sturzgeburt überrascht. Man fand sie bewusstlos. Nach der Geburt starke Blutung, die aber allmählich schwächer wurde. Beim Eintritt in die Klinik ist Patientin sehr erschöpft. Starke Cyanose. Aus den Genitalien sickert fortwährend Blut. Puls 132. Auf Kampher erholt sich Patientin etwas, klagt nun über Schmerzen im Leib. Im Laufe der Nacht wird der Puls immer kleiner. Cyanose und Dyspnoe immer stärker. Trotz Anwendung von Excitantien tritt morgens 5 Uhr der Exitus ein.

Sektionsbefund: Inkomplette Ruptur des Uterus, seröseitrige fibrinöse Peritonitis. Chronische Tuberkulose beider Lungen. Milztumor, Fettleber, Gallensteine.

10. Fall. Maria S., Schuhmachersgattin, 40 Jahre, P. VII. Eintritt 15. IX. 1899.

Bei ihren früheren Geburten war Patientin fünfmal mit Zange entbunden worden. Sämtliche Kinder gleich nach der Geburt gestorben. Da Patientin ein lebendes Kind wünscht, so wird künstliche Frühgeburt beschlossen. Bei Einführen des Metreurynters reisst die Blase. Metreurynter wird mit 300 cbm Oxycyanid-Lösung gefüllt. Es treten darauf mässige Wehen ein. Um 4 Uhr nachmittags wird der Metreurynter geboren. Da die Herztöne des Kindes alsbald schlecht werden und Patientin auf jeden Fall ein lebendes Kind wünscht, so wird Wendung und Extraktion vorgenommen. Das Kind ist asphyktisch, kann aber wieder belebt werden. Patientin hat einen Cervixriss, der heftig blutet. Zur Stillung der Blutung wird Tamponade angewendet. Blutung steht. Patientin fühlt sich ganz wohl. Am anderen Tage wird die Tamponade entfernt. Patientin bekommt plötzlich einen Collaps. Nach wenigen Minuten Exitus.

Sektionsbefund: Ruptur des Cervix an der linken Seite. Hochgradige Anämie. Lungenoedem.

Eklampsie.

1. Fall. Maria S., 27 Jahre. P. IV. Monteurswitwe. Eintritt 9. IV. 1896.

Wird von der Sanitätskolonne eingebracht. Sie selbst ist erstaunt darüber, weiss nicht, wie sie hergekommen, glaubt ihre Hausfrau hat sie fortschaffen lassen, damit die Geburt nicht im Hause vor sich gehe. Wehen will sie bis jetzt nicht gehabt haben. Abends desselben Tages bekam sie dauernde eklamtische Anfälle. Beim dritten Anfall springt die Blase. Innere Untersuchung ergibt: Muttermund für zwei Finger durchgängig. Vorliegender Teil Kopf. Patientin wird auf den Kreiss-Saal verbracht zur Vornahme der Schnellentbindung. Nach Erweiterung des Muttermundes wird die Wendung und Extraktion vorgenommen. Nach der Geburt eklamptische Anfälle. Im Urin Eiweiss, zahlreich granulierte Zylinder- und Platten-Epithelien. Am 17. IV. tritt der Exitus ein.

Sektionsbefund: Tumor des linken N. optici direkt am Hiasma; akute Nephritis puerperalis; leichte Peritonitis. Myodegeneratio cordis. Fettleber.

2. Fall. Walle W., Mechanikersfrau. P. III. Eintritt 6. VI. 1896.

Die Patientin wurde von aussen in die Klinik bewusstlos gebracht. Cyanose. Temp. 38,1°. Puls voll und kräftig. Oedeme an den Füssen und Beinen. Innere Untersuchung in Chloroformnarkose. Kopf beweglich im Beckeneingang. Fortwährende eklamptische Anfälle. Da der Muttermund vollkommen erweitert ist, so wird das Kind mittels Zange entwickelt. Kind tot. Nach der Geburt hat die Cyanose etwas nachgelassen. Später Extremitäten kühl. Puls wird schwächer trotz der Kampherinjektionen. Exitus. Sektion verweigert.

3. Fall. Therese B., Schlossersfrau, 34 Jahre. P. I. Eintritt 26. XII. 1896.

Die innere Untersuchung wird in tiefer Narkose vorgenommen. Muttermund Zweimarkstück gross. Blase erhalten. Fortwährende eklamptische Anfälle. Die Patientin wird auf den Kreiss-Saal gebracht zur Schnellentbindung. Spontane Geburt. Nach der Geburt wiederholen sich die eklamptischen Anfälle. Es wird Chloral-Hydrath verabreicht zur Beruhigung. An demselben Tage Exitus.

Sektionsbefund: Frische Apopleksie im linken hinteren Schenkel des corpus callosum. Blutaustritte in die Leber, unter dem Epikard, in den rechten Nierenbecken. Fettdegeneration der Nierenrinde. Lungenoedem.

4. Fall. Katharina H., Gastwirtsfrau, 31 Jahre. P. X. Eintritt 24. XII. 1897.

Die Untersuchung ergibt eine I. Schädellage, Muttermund für einen Finger durchgängig. Kopf fest im Beckeneingang. Patientin hatte im Laufe des Vormittags vier eklamptische Anfälle. Nachmittags 4 Uhr ist der Muttermund vollständig erweitert und es wird bei tiefem Querstand des Kopfes die Zange angelegt. Extraktion eines toten Kindes. Placenta folgt nach einer Stunde spontan. Bald nachher treten wieder eklamptische Anfälle auf. Patientin wird allmählich komatös. Am Morgen des dritten Tages tritt wieder ein schwerer Anfall auf. Puls wird immer kleiner, erholt sich trotz reichlicher Anwendung von Exitantien nicht. Exitus. Sektion verweigert.

5. Fall. Barbara K., 33 Jahre. P. III. Eintritt 3. IV. 1898.

Patientin soll seit ihrem 16. Lebensjahre an epileptischen Anfällen gelitten haben, auch in ihrer jetzigen Schwangerschaft soll sie ähnliche Anfälle alle 2 — 6 Wochen gehabt haben. Untersuchung ergibt eine I. Schädellage. Muttermund Zwei-

markstück gross. Kopf fest im Beckeneingang. Alle halbe Stunde bekommt Patientin leichte eklamptische Anfälle, welche durch wenige Tropfen Chloroform koupiert werden. Um 7 1/2 Uhr nachmittags erfolgt spontane Geburt. Patientin ist soporös. Atmung behindert. Am vierten Tage wird Patientin immer mehr komatös. Im Urin reichlich Eiweiss, granulierte und Wachszylinder. 6 3/4 Uhr nachmittags Exitus letalis.

Sektionsbefund: Akute Fettdegeneration der Nieren, der Leber und des Herzmuskels. Lungenoedem. Uterus post partum.

6. Fall. Therese H., Mechanikersfrau, 24 Jahre. P. III. Eintritt 19. IX. 1899.

Patientin soll seit zwei Tagen eklamptische Anfälle gehabt haben. Untersuchung ergibt eine I. Schädellage, Muttermund für einen Finger durchgängig, Blase steht, Kopf beweglich im Beckeneingang. Patientin ist bei klarem Bewusstsein. Abends beginnen die Anfälle wieder, zugleich werden die Wehen stärker. Nachts spontane Geburt. Nach einer Stunde wird die Placenta mittels Credé entfernt. Leichte eklamptische Anfälle. Am folgenden Tage wiederholen sich die Anfälle ebenso. Urin enthält Eiweiss. Am nächsten Tage treten die Anfälle wieder auf und zwar sehr stark. Sämtliche Reflexe erloschen. Exitus.

Sektionsbefund: Gliom des linken Scheitellappens. Fettdegeneration der Leber und Nieren. Kleiner Abszess an der Verwachsungsstelle der kleinen Schamlippen.

Placenta prävia.

1. Fall. Barbara J. P. VIII. Eintritt 7. IV. 1892.

Patientin wird wegen starken Blutungen eingebracht. Innere Untersuchung ergibt: Muttermund Dreimarkstück gross, im Muttermunde ist die Placenta zu fühlen; Tamponade der Scheide in der Narkose. 1.15 Uhr p. m. kräftige Wehen, starker Collapszustand; Einlauf von Tee mit Kognak im Rektum. 1.30 Uhr starke Blutung durch den Tampon. Wendung in der Narkose; Blutverlust gering, trotzdem starker Collaps. 2.30 Uhr Exitus.

Sektionsbefund: Verblutungstod post partum; Anämie aller Organe, schlaffes Herz, Placenta prävia.

2. Fall. Maria S., 39 Jahre. P. 18. Eintritt 12. VI. 1892.

Ist wegen starker Blutung in die Klinik gebracht. Innere Untersuchung ergibt: Portio 3 cbm lang, äusserer und innerer Mutter-

mund durchgängig. Von der Placenta ist nichts zu fühlen. Während der nächsten 3 Tage starke Blutungen, welche mit Tamponade behandelt wurden. Am 3. Tage wird wegen der schlechten kindlichen Herztöne die Wendung und Extraktion gemacht. Nach der Geburt starke Blutung. Die Placenta folgt bei geringem Reiben auf dem Fundus. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze. Puls wird immer kleiner und frequenter. Trotz Aether und Kampherinjektion Exitus.

Sektionsbefund: Verblutung aus tiefen Cervikalrissen (sub partu bei placenta prävia). Allgemeine Anämie, leichtes Gehirnoedem, Fettleber, chronische Parenchymathese nephritis.

3. Fall. Therese M., Taglöhnersfrau, 37 Jahre. P. III. Eintritt 12. III. 1893.

Starke Blutungen. Klinische Diagnose: Placenta prävia. Wegen der Blutungen wird die Indikatio zur Schnellentbindung gestellt. Muttermund vollkommen erweitert. Wendung auf dem Fuss und Extraktion. In den nächsten Tagen nach der Geburt hohes Fieber. Ausser Mattigkeit klagt die Patientin über nichts. Am 4. IV. Exitus.

Sektionsbefund: Anämie infolge fortdauernder Blutung bei Placenta prävia. Aufsteigende eitrige Nephritis mit Abszessbildung in beiden Nieren. Milztumor; Lungenoedem.

4. Fall. Elisabeth H., Schuhmachersfrau, 43 Jahre. P. XIV. Eintritt 3. I. 1896.

Bei der Aufnahme wird die Diagnose auf Placenta prävia gestellt. Starke Blutung. Tamponade. Bei dem Versuche eine innere Untersuchung vorzunehmen, gelangt man an die Kante der Placenta. Es wird die Wendung gemacht. Am Abend erfolgt die spontane Geburt. Keine Blutung. Der Puls nicht fühlbar. Kampherinjektionen; Kochsalzinfusionen. Exitus.

Sektionsbefund: Verblutung nach Placenta prävia. Anämie sämtlicher Organe.

5. Fall. Creszenz V., Taglöhnerin, 30 Jahre. P. IV. Eintritt 29. III. 1894.

Vom 27. III. starke Blutungen. Klinische Diagnose: Placenta prävia centralis. Bei der Aufnahme in die Klinik keine Blutung. Am 2. Tage starke Blutung. Tamponade. Plötzlicher Colaps. In der Narkose wird die Wendung und Extraktion gemacht. Der Puls wird kleiner. Kampher und Aether ohne Erfolg. Exitus.

Sektionsbefund: Herzparalyse; allgemeine hochgradige Anämie. Schwangerschaft-Nephritis.

6. Fall. Monika F., Dienstmagd, 21 Jahre. P. I. Eintritt 14. VIII. 1890.

Kommt in die Klinik wegen Blutungen. Klinische Diagnose: Placenta prävia. Patientin wurde mit Tamponade behandelt. Am 15. VIII. wurde die Wendung gemacht und das Kind extrahiert. Vom 16. bis 21. VIII. hohes Fieber, Schüttelfröste; Urin und Stuhl unwillkürlich. Am 21. abends Exitus.

Sektionsbefund: Placenta prävia lateralis. Allgemeine hochgradige Anämie. Darmriss III. Grades. Adhäsiv-Pleuritis sinistra. Milztumor.

7. Fall. Katharina L., Turbinenführersfrau, 42 Jahre. P. XIX. Eintritt 24. X. 1899.

Patientin wird im Blute schwimmend von der Sanitätswache hereingebracht. Sie ist nicht mehr ganz beim Bewusstsein und gibt auf die meisten Fragen keine Antwort. Innere Untersuchung ergibt: Muttermund für 2 Finger durchgängig. Placenta prävia totalis. Sofort kombinierte Wendung. Blutung bei der Operation minimal. Nach $^1/_2$ Stunde wird das Kind geboren. Credé bringt die Placenta zum Vorschein. Patientin ist äusserst anämisch. Zeitweise collabiert. Anwendung von Aether und Kampher subkutan. Kochsalzinfusionen und Champagner können den Tod nur kurze Zeit hinausschieben. Nach zwei Stunden Exitus. Sektion verweigert.

Atonia uteri.

1. Fall. Johanna W., Bauersfrau, 38 Jahre. P. XI. 1897.

Patientin wird um 5 Uhr nachmittags in die Klinik gebracht, nachdem seit 11 Uhr morgens von zwei Aerzten vergebliche Entbindungsversuche gemacht worden waren. Nach missglücktem Zangenversuch hatte man die Wendung angeschlossen. Dann wurde extrahiert. Die Entwicklung des Kopfes gelang aber nicht. Man schloss die Decapitation an, um den Kopf dann mit dem Kranioklasten zu fassen. Als die Kranioklasie nicht gelang, schickte man die Patientin in die Klinik. Patientin ist äusserst anämisch. Puls klein. Temperatur 38,7°, starker Meteorismus. Kopf über dem Becken sehr schwer zu fixieren. Es wird in Chloroform der Kephalotryptor eingeführt und es gelingt den Kopf zu fassen. Keine besondere Blutung. Inzwischen wird die Herztätigkeit immer schwächer. Nach einer Stunde Exitus letalis.

Sektionsbefund: Tod durch Verblutung bei der Geburt. Anämie sämtlicher Organe. Lungenoedem, Fettleber.

2. Fall. Anna S., Köchin, 28 Jahre. P. I. Eintritt 27. IX. 1897. Die Untersuchung ergibt eine II. Schädellage. Muttermund für 1 Finger durchgängig. Kopf fest im Beckeneingang. Bei kräftigen Wehen bekommt Patientin einen eklamptischen Anfall und liegt hinterher im Coma. Da sich der Muttermund erweitert, wird bald darauf in der Narkose der Colpeurynter eingeführt. Am nächsten Tage werden die Wehen stärker und abends ist der Muttermund vollständig erweitert. Blase springt. Forzeps im linken schrägen Durchmesser. Nach 1 Stunde folgt die Placenta auf Credé. Eine Stunde später schwere atonische Nachblutung. Tamponade. In der Frühe des anderen Tages bekommt sie einen Collaps, aus dem sie sich nicht wieder erholt. Sektion verweigert.

3. Fall. Luise S., Tapeziererin, Eintritt 17. I. 1898.

Spontane Geburt in II. Schädellage. Darmriss I. Grades. Vergebliche Versuche die Placenta durch Credé zu entfernen. Deshalb wird nach vergeblichen Versuchen die Placenta durch Credé in Narkose zu entfernen die manuelle Placentalösung vorgenommen. Es entsteht keine Kontraktion des Uterus. Blutverlust. Tamponade. Patientin wird anämisch. Puls klein und frequent. Kochsalzfusionen, Kampher subkutan, Kognak und Champagner. Alles vergeblich. Exitus.

Sektionsbefund: Tod durch Verblutung intra partum. Allgemeine Anämie.

4. Fall. Magdalena R., Maurerstochter, 20 Jahre. P. I. Eintritt 20. III. 1898.

Spontane Geburt in I. Schädellage. Nachher starke Blutung. Nachdem man vergeblich versucht hatte die Placenta in Narkose zu exprimieren, wird die manuelle Lösung vorgenommen. Starke Blutung. Tamponade. Kochsalzinfusion, heisse Tücher. Wärmeflaschen. Puls wird immer kleiner, Sensorien benommen und vier Stunden nach der Geburt tritt der Exitus ein.

Sektionsbefund: Tod durch Verblutung von der Placentarstelle aus; Anämie aller Organe. Trübe Schwellung der Nieren.

5. Fall. Anna F., Köchin, 22 Jahre. P. I. Eintritt 2. III. 1892. Die Patientin gibt an, dass sie nachdem sie sich vorher wohl gefühlt hat, plötzlich starken Blutverlust aus der Scheide bekommen hat. Sie begab sich in das Krankenhaus, von welchem aus sie in die Anstalt überwiesen wurde. Bei ihrer Aufnahme fliesst fortwährend Blut aus der Scheide. Puls ist klein und frequent. Die Scheide wurde austamponiert. Am 2. Tage um

3 Uhr nachmittags plötzlicher Collaps. Aetherinjektionen subkutan. Lebhafte Schmerzen in der Seite. Injektionen von Morphium. Der Puls wird immer kleiner und in der Frühe des 4. III. Exitus.

Sektionsbefund: Hochgradige Anämie. Multiple Blutungen in den serösen Häuten. Gravidität am 3. Monat. Ei ausgestossen. Fettige Degeneration des Herzmuskels, der Leber und Nieren.

Infektionsfieber.

1. Fall. Betty B., 25 Jahre. P. I. Eintritt 1. I.

Spontangeburt in I. Schädellage. Vor der Geburt greift die Patientin wiederholt mit ihren schmutzigen Händen an den Genitalien herum. Von dem Tage nach der Geburt hohes Fieber. Abdomen die ganze Zeit aufgetrieben, empfindlich. Erbrechen. Diarrhöen. Exitus am 14. Tage.

Sektionsbefund: Eitrig fibrinöse Peritonitis, ausgehend offenbar von infizierten Placentarstellen. Eiterherde in beiden Ovarien. Pleuritis fibrinosa purulenta. Trübe Schwellung der Leber, Nieren und Milz.

2. Fall. Anna S., Bierbrauerstochter, 24 Jahre. P. III. Eintritt 15. III. 1892.

Am 14. III. trat plötzlich Blasenspringung ein, worauf P. eine Hebamme holen liess. Der danach geholte Arzt versuchte in der Narkose die Wendung zu machen. Die Wendung gelang nicht und die Patientin kam in die Klinik. Aus der Vulva hängt der linke Arm heraus. Der Muttermund Fünfmarkstück gross, wegen hohem Fieber schreitet man zur Decapitation. Nach der Geburt die ganze Zeit hohes Fieber, überall Schmerzen auf Druck, insbesondere aber in den rechten Parametrien. Schüttelfröste, Erbrechen. In der Nacht des 22. III. wird das Atmen schwer und von dieser Zeit ist die Patientin bewusstlos. Exitus.

Sektionsbefund: Puerperale Sepsis, ausgehend aus einer jauchigen Endometritis. Eitrige Peritonitis. Oedem der Lungen, Schwellung der Nieren.

3. Fall. Luise S., Köchin, 32 Jahre. P. II. Eintritt 25. III. 1892.

Spontangeburt in I. Schädellage. Blutungen während der Nachgeburtsperiode. Am Abend des dritten Tages steigt die Temperatur auf 39,8 °, welche die nächsten Tage anhielt. Kopf-

schmerzen, Schüttelfröste, Druckempfindlichkeit im Abdomen, links deutlich ein Exsudat zu fühlen. Erbrechen. Diarrhöen. Am 5. III. Exitus.

Sektionsbefund: Sepsis. Eitrige Peritonitis. Vollkommene Eiterung des rechten Ovariums. Pleuritis adhäsiva beiderseits. Schwellung der Leber, Milz und Nieren.

4. Fall. Maria Z., Köchin, 18 Jahre. P. I. Eintritt 27. XII. 1892.

Spontangeburt in I. Schädellage. Schon vom ersten Tage an nach der Geburt hohes Fieber, Frösteln, heftiges Erbrechen. Abdomen aufgetrieben, schmerzhaft, Zunge belegt. Cyanose. Am 13. I. Exitus.

Sektionsbefund: Puerperale Sepsis. Eitrig fibrinöse Pleuritis, Peritonitis im Puerperium; Lungenoedem. Schwellung der Leber und Nieren.

5. Fall. Maria W., Taglöhnersfrau, 41 Jahre. P. XIV. Eintritt 26. III. 1893.

Wegen starker Blutungen in die Klinik gebracht. Am I. IV. Spontangeburt. Ausräumung des Uterus 2. IV. T. 39,4°. P. 140. In der Nacht Collaps; Abdomen leicht empfindlich. 3. IV. T. 39°. P. 110. Patientin stark collabiert. Zweifelhaftes peritonitisches Exsudat. 4. IV. die Patientin liegt soporös. 5. IV. Patientin stark unruhig. Morphiuminjektionen, am Abend Exitus.

Sektionsbefund: Septhämie. Endometritis puerperalis. Nephritis parenchimatosa. Tumor lienis.

6. Fall. Franziska H., Kellnerin, 23 Jahre. P. III. Eintritt 21. VII. 1893.

Spontangeburt in I. Schädellage. Vom vierten Tage an hohes Fieber. Schüttelfröste, starke Schmerzen im Leib, keine Resistenz zu fühlen. Mattigkeit. Am 31. VII. Exitus.

Sektionsbefund: Sepsis, beginnende Pelvoperitonitis, Abzess in der Muskulatur des linken Vorderarms. Milztumor. Parenchimathese nephritis.

7. Fall. Ottilie W., 33 Jahre. Eintritt 12. IX. 1893.

Ausserhalb entbunden. Die Patientin wird am Abend des 12. IX. in die Klinik gebracht. Seitdem liegt sie somnalenz da. Sie soll seit ihrer Entbindung immer gefiebert haben. 13. IX. T. 39,1°. P. 148. Patientin immer somnalenz. Urin durch Katheder entleert, eiweisshaltig. 14. IX. T. 40,2°. P. 148. Immer noch somnalenz. Patientin scheint bei jeder

Bewegung Schmerzen zu empfinden. 15. IX. Puls kaum fühlbar geworden. Exitus.

Sektionsbefund: Sepsis. Milztumor. Trübe Schwellung der Leber und Nieren.

8. Fall. Therese K., 26 Iahre. P. I. Eintritt 21. X. 1893.

Spontangeburt in II. Querlage. Darmriss II. Grades. Manuelle Placentarlösung. Vom 23. X. an hohes Fieber, Kopfschmerzen, Abdomen druckempfindlich, besonders im Parametrium, Erbrechen, Schüttelfröste, Exitus am 29. X.

Sektionsbefund: Sepsis puerperalis. Eitrige Salpingitis. Eitrig-fibrinöse Peritonitis. Milztumor. Placentarreste im Uterus.

9. Fall. Anna S., 33 Jahre. P. I. Eintritt 15. IV. 1896.

Entbunden angeliefert. Zu Hause versuchte ein Arzt die Nachgeburt durch Zug an der Nabelschnur herauszuholen, wobei die Nabelschnur riss. Sie wird in die Klinik gebracht. Anämisches Aussehen. Es wurde Crédé versucht. Am zweiten Tage Crédé in Narkose. Auch negativ. Die Placenta wurde durch eine Kornzange entnommen. Bald darauf hohes Fieber, welches sieben Tage dauert. Abdomen gespannt, schmerzhaft, starke Schmerzen im Parametrien. Starke Mattigkeit. Am 24. IV. Exitus. Sektion verweigert.

10. Fall. Anastasia J., Fabrikarbeiterin, 30 Jahre. P. VI. Eintritt 20. I. 1897.

Muttermund vollständig erweitert. Wehen kräftig. Bald sistieren die kindlichen Herztöne. Wegen Gefahr für das Kind wird die Wendung gemacht, und Extraktion. Kind asphyktisch geboren. Vom Abend des vierten Tages an hohe Temperatur, Schüttelfröste, Kopfschmerzen, Abdomen aufgetrieben, heftiges Erbrechen. Am 29. I. Exitus. Sektion verweigert.

11. Fall. Katharina S., 26 Jahre. P. I. Eintritt 10. I. 1890.

Entbunden angeliefert. Da die Placenta nicht geboren Crédé-Versuch in der Narkose. Negativ. Placenta wird durch manuelle Lösung entfernt. Vom 11. I. an hohes Fieber, Erbrechen, starke Schmerzen im Abdomen. Exitus am 47. Tage.

Sektionsbefund: Subakute Septico-Pyämie puerperalis ausgehend von einer Thrombophlebitis septica der Venen des Uterus, des Plexus panpiniformis, der hypogastrica, der unteren Hohlvene mit sekundärer Fortsetzung im Hauptaste der Vene cava inferior. Sero-fibrinöse Pleuritis beiderseits. Hochgradige Anämie.

12. Fall. Maria M., Näherin, 19 Jahre. P. I. Eintritt 9. III. 1890. Spontangeburt in II. Schädelläge. Von vorhandenen Krankheiten Condylomata lata. Vom zweiten Tage an hohes Fieber, Kopfschmerzen, Leib aufgetrieben, schmerzhaft. Schüttelfröste, Stuhl diarrhöisch. Am 22. III. Verlegung der Patientin ins Allgemeine Krankenhaus. Dort gestorben.

13. Fall. Rosa H., Kellnerin, 22 Jahre. P. I. Eintritt 4. IX. 1895. Spontangeburt in I. Schädellage. Vom zweiten Tage ab hohes Fieber, Schüttelfröste, Kopfschmerzen. Abdomen meteoristisch aufgetrieben. Exitus am 6. IX. Sektion verweigert.

14. Fall. Therese H., 30 Jahre. P. II. Eintritt 30. VI. 1894. Wird entbunden eingeliefert, in hohem Fieber. Am Abend dieses Tages Exitus.

Sektionsbefund: Putride Intoxikation. Retroperitonealer Hämathom des rechten Ovariums, rechter Tube und ligamentum latum. Leichter Jkterus der Leber. Septisch putride Enteritis. Vorgeschrittene Fäulnis.

15. Fall. Rosa H., Köchin, 21 Jahre. P. I. Eintritt 24. IX. 1892. Spontangeburt in I. Schädellage. Vom 29. IX. an hohes Fieber, Schüttelfröste, häufige Diarrhöen, starke Mattigkeit, Schmerzen im Leibe. Am 6. XI. Exitus.

Sektionsbefund: Purperale Pelvoperitonitis. Hochgradige Anämie. Septischer Milztumor. Trübe Schwellung der Leber. Hirnoedem.

16. Fall. Maria S., Küchenmädchen, 24 Jahre. P. I. Eintritt 31. III. 1897.

Spontane Geburt in II. Schädellage. Damriss I. Grades. Vom fünften Tage an hohes Fieber, Schüttelfröste, starker Meteorismus, Jkterus. Heftiges Erbrechen. Am 11. III. Exitus.

Sektionsbefund: Endometritis puerperalis der Placentarstelle. Eitrige Peritonitis-Milztumor. Lungenoedem.

17. Fall. Maria G., Näherin, 25 Jahre. P. II. Eintritt 18. VI. 1897. Spontangeburt in II. Schädellage. Die ersten drei Tage des Wochenbettes verlaufen ganz normal. Vom vierten Tage an hohes Fieber, Schüttelfröste, Abdomen aufgetrieben, Uterus und Parametrien sehr schmerzhaft; Diarrhöen. Rechtsseitige Paratitis. Am 15. VI. Exitus.

Sektionsbefund: Puerperale Sepsis; difuse eitrig-fibrinöse Peritonitis, doppelseitige Pleuritis, hochgradige allgemeine Anämie, leichte Parenchimatese Nephritis, Atelektase der linken Lunge.

18. Fall. Barbara D., Bauersfrau, 30 Jahre. P. VI. Eintritt 6. I. 1899.

Patientin wurde vom Arzt hereingebracht zur eventuellen Vornahme des Kaiserschnittes mit der Angabe, dass bei derselben Vaginafixaktion vorgenommen worden sei. Seitdem habe sie einmal geboren und zwar sei wegen Schieflage die Wendung vorgenommen worden. Untersuchung ergiebt eine II. Schädellage, Muttermund für zwei Finger durchgängig, Herztöne deutlich. Erweiterung des Muttermundes durch Colpeurynter. Da gegen Morgen die Herztöne des Kindes immer schwächer wurden, so wurde die Wendung und Extraktion vorgenommen. Placenta folgte spontan. Vom ersten Tage nach der Geburt an heftiges Erbrechen, Temperatur nicht gesteigert. Leib ballonartig aufgetrieben und sehr schmerzhaft. Am sechsten Tage plötzlicher Collaps und Exitus.

Sektionsbefund: Difuse eitrig-fibrinöse Peritonitis, hochgradige allgemeine Anämie; Terminales Oedem der Lungenunterlappen.

19. Fall. Therese H., 30 Jahre, P. II. Eintritt 30. VI. 1894.

Entbunden angeliefert. Temperatur 39,4°, Puls kaum fühlbar. Abdomen aufgetrieben, druckempfindlich. Einige Stunden danach Exitus.

Sektionsbefund: Putride Intoxikation. Hämathom am rechten Ovarium, rechter Tube, im ligamentum latum. Allgemeiner Jkterus, putride Entheritis.

20. Fall. Anna S., Köchin, 29 Jahre. P. I. Eintritt 22. XII. 1898.

Patientin kreisst schon seit 4 Tagen. Die Untersuchung ergiebt: Kopf in II. Schädellage im Beckeneingang. Am 26. XII. Blasensprung, am 28. XII. morgens ist der Muttermund vollständig erweitert. Kopf im Becken eng, 1 Uhr nachmittags plötzlich Kontraktionsring handbreit über Symphise, beginnende Tympania uteri. Forzeps. Extraktion ist gleich. Kind tot. Dammriss II. Grades. Nach 6 Stunden Placenta durch Crede entfernt. Vom dritten Tage an hohes Fieber, Schüttelfröste. Allgemeinbefinden sehr schlecht. Stuhlabgänge unwillkürlich, Dekubitus. Am 30. I. in der Frühe collabiert Patientin. Puls wird immer kleiner, Patientin liegt somnalent da. Exitus.

Sektionsbefund: Thrombophlebitis puerperalis; fortgesetzte Thrombose der Venes spermatica dextra, Vena cava inferior, Vena renalis sinistra Embolie der Lungenaterie. Eitrig-fibrinöse Pleuritis beiderseits. Oedematöse Schwellung der Leber und Niere. Phlegmasia alba.

21. Fall. Elise B., Schuhmachersfrau, 24 Jahre, P. II. Eintritt 2. VI. 1899.

Spontangeburt in I. Schädellage. Placenta spontan. Uterus kontrahiert sich schlecht. Starke Nachblutung; heisse Scheidenspülungen und Ergottin vergeblich. Blutung steht nicht. Tamponade. Während der folgenden Tage hat Patientin leichte Temperatursteigerung. Allgemeinbefinden nicht gestört. Am achten Tage verschlechtert sich das Befinden. Temperatursteigerung. Schmerzen im Leib. Patientin liegt apathisch da. Milz deutlich vergrössert. Während der nächsten Tage ändert sich das Befinden nicht. Am 20. IV. Exitus.

Sektionsbefund: Eitrige Thrombophlebitis der Beckenvenen rechts. Multiple embolische eitrige Abszesse in den Lungen, Milz und Nieren. Fettleber. Oedem der unteren Lungenabschnitte.

22. Fall. Maria M., Dienstmädchen, 23 Jahre. P. II. Eintritt 27. IX. 1897.

Die Untersuchung ergibt ein plattes Becken II. Grades. Trotzdem die Patientin 2 Tage kreisst, macht die Geburt keine nennenswerte Fortschritte. Bald sistieren die kindlichen Herztöne. Perforation Kranioklasie. Frucht, Placenta und Uterusinhalt stark übelriechend. Gleich nach der Geburt Schüttelfrost. T. 39,3°. In den ersten vier Tagen nach der Geburt ist das Befinden verhältnismässig gut. Am vierten Tage verliert Patient 120 Gramm Blut. Abdomen aufgetrieben, sehr schmerzhaft; Patient ist sehr unruhig und benommen. T. 38,6°. P. 120. In den nächsten Tagen Temperatursteigerungen, im Abdomen grosses Exsudat nachzuweisen, Schüttelfröste. Am 14. X. ist die Patientin den ganzen Tag bewusstlos; verfällt trotz Excitantien immer mehr; abends Exitus.

Sektionsbefund: Jauchig-eitrig nekrotische Endometritis. Eitrige Parametritis; Peritonitis, Vaginitis. Perforation der Blasenscheidenwand und des hinteren Vaginalgewebes. Lungenoedem.

23. Fall. Cilly K., 26 Jahre. P. I. Eintritt 4. VII. 1899.

Patientin wurde durch die Sanitätswache hereingebracht. Draussen war dieselbe mit der Zange entbunden worden, wobei der ganze hintere Teil der Scheide von der Portio bis zum Anus einriss. Placenta manuell gelöst; profuse Blutung teils wegen Atonia uteri, teils wegen des Vaginalrisses. Patientin war mehrere Male kollabiert, erholte sich aber jedesmal auf Excitantien hin. Bei der Aufnahme in die Klinik hatte die Patientin eine Temperatur von 37,3°; Puls 132. Tamponade bleibt liegen, um keine neue Blutung hervorzurufen. Am dritten

Tage wird die Tamponade entfernt und der Riss im Cervis und der hinteren Vaginalwand mit Catguthnähten geschlossen. Nach der Operation ist Patientin sehr elend. In den nächsten Tagen Temperatursteigerungen, Leibschmerzen, Kopfschmerzen, starker Durst. Puls in seiner Qualität sehr wechselnd. Am 10. VII. wird der Puls immer kleiner; trotz Excitantien tritt Exitus ein.

Sektionsbefund: Sepsis puerperalis; eitrige Metrolymphangitis und Perimetritis. Difus-eitrige Peritonitis. Trübe Schwellung der Leber und der rechten Niere.

24. Fall. Anna K., 17. IX. 1898.

Sektionsbefund: Septicopyämie vom puerperalen Uterus ausgehend. Ausgedehnte Geschwüre im Gebiet der Portio und der Scheide. Eitrig-jauchige Peritonitis. Anämie sämtlicher Organe. Milztumor. Trübe Schwellung beider Nieren.

25. Fall. Creszenz S., Taglöhnerin. P. III. (1899).

Spontangeburt in I. Schädellage. Starke Blutung nach der Geburt. Durch Massage Stillung der Blutungen. Nach der Geburt der Placenta folgen noch ca. 200 Gramm Blut. Dann steht die Blutung. Trotzdem wird Patientin ohnmächtig, erholt sich aber auf Kampher hin. Vom 2. Tage an hohes Fieber, starke Kopfschmerzen, Lochien stark übelriechend, im Urin Eiweiss und Epithelien, keine Cylinder, Schüttelfröste. Hie und da Erbrechen. Am 15. Tage Exitus. Sektion verweigert.

Allgemeine Miliartuberkulose.

1. Fall. Christine E., Küchenmädchen, 22 Jahre. P. I. Eintritt 14. IX. 1899.

Patientin wird von der Sanitätswache in die Klinik gebracht, nachdem sie am Abend vorher bewusstlos aufgefunden worden war. Bewusstsein seitdem nicht wiedergekehrt. Patientin ist vollständig komatös. Sämtliche Reflexe erloschen. Im Urin weder Eiweiss noch Zucker. Untersuchung ergibt: I. Schädellage, Muttermund für einen Finger durchgängig. Nach einigen Stunden Exitus letalis. Sektion ergab nach Mitteilung von der Polizei: allgemeine Miliartuberkulose.

Luftembolie.

1. Fall. Amalie P., Hilfskellnerin. P. V. Eintritt 5. IX. 1890.

Die Frau kommt mit einer sehr heftigen Blutung herein. Ein etwa 4monatlicher Fötus ist schon abgegangen, dagegen gibt

die Frau an, die Nachgeburt sei noch zurück. An demselben Tage ging die Nachgeburt ab. Keine Blutung. Am dritten Tage des Eintrittes hohes Fieber, Kopfschmerzen, Schüttelfrost. 9. IX. behufs Entfernung von Placentaresten wird die Narkose eingeleitet. Blutung gering. Alsdann tritt ein Collaps ein. Puls verschwindet plötzlich um nicht wieder zurückzukehren.

Sektionsbefund: Luftembolie nach Placentalösung. Trübe Schwellung der Leber. Dilatation beider Ventrikel. Cyanotische Induration der Nieren.

Lungenembolie.

1. Fall. Margareta L., Köchin, 30 Jahre. P. III. Eintritt 4. IX. 1893.

Spontangeburt in II. Schädellage. Vom dritten Tage an hohes Fieber, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Schmerzen, besonders an der linken Seite des Abdomens. 9. X. Patientin wird als sie das Bett verlässt, um in das Krankenhaus übergeführt zu werden, plötzlich ohnmächtig. Puls klein. Künstliche Atmung. Kampher. Exitus.

Sektionsbefund: Embolie des Hauptastes der Lungenarterien, ausgehend von einer Thrombose der Vene spermatica sinistra und dem plexus pampiniformis. Adhäsive Peritonitis.

2. Fall. Maria K., Kellnerin, 21 Jahre. P. I. Eintritt 28. IV. 1897.

Spontangeburt in II. Schädellage. Patientin macht ein ungestörtes Wochenbett durch und wird am siebenten Tage auf ihr Verlangen entlassen. 15 Schritte von der Klinik entfernt bricht sie plötzlich zusammen und wird in ein Haus gebracht. Der hinzugerufene Assistenzarzt findet sie vollständig bewusstlos, cyanotisch, pulslos. Exitus nach wenigen Minuten. Klinische Diagnose Lungenembolie.

Perniciöse Anämie.

1. Fall. Magdalena L., Malersgattin, 28 Jahre. P. III. Eintritt 20. IV. 1899.

Spontangeburt in I. Schädellage. Placenta folgte eine Stunde später spontan. Darauf heftige Blutung. Tamponade. Die Tamponade wird am anderen Tage entfernt. Der Uterus ist gut kontrahiert. Während der nächsten drei Wochen hat Patientin leichte Fiebertemperaturen bis 39°. Keine Blutungen. Kopfschmerzen und Oppressionsgefühl. Am 21. Tage bekommt

sie plötzlich eine heftige Nachblutung. Tamponade. Patientin ist sehr anämisch. Von jetzt ab hat sie Temperaturen zwischen 39,8 und 40,2°, Schüttelfröste, Atemnot, Beklemmung. Am 28. Tage Exitus.

Sektionsbefund: Perniciöse Anämie.

Chloroformtod.

1. Fall. Therese B., Zimmermädchen, 22 Jahre. P. I. Eintritt 23. VIII. 1892.

I. Schädellage. Wegen Verlangsamung der Geburt Forzeps unter der Narkose. Dammriss II. Grades. Am vierten Tage hohes Fieber, Unwohlsein, Schüttelfrost. Dieser Zustand dauert bis zum zwölften Tage. Von da an sinkt die Temperatur, das Allgemeinbefinden besserte sich. Am 15. IX. wurde in der Narkose der Dammriss aufgefrischt. Schon gegen Schluss der Operation wurde kein Chloroform gegeben. Plötzlich tritt Collaps ein. Alle Mittel versagen und die Patientin starb.

Sektionsbefund: Chloroformtod, Ekchymosen der Pleura.

Atelektase der Lungen.

1. Fall. Maria N., Dienstmädchen, 21 Jahre. P. I. Eintritt 27. XI. 1893.

II. Schädellage, Spontangeburt. Am Abend des dritten Tages hohes Fieber, welches auch die nächsten Tage andauert. Starker Durst, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen. Am 22. XII. Exitus.

Sektionsbefund: Partielle Atelektase beider Lungen. Milztumor.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Döderlein, für die gütige Ueberlassung dieses Themas, sowie Herrn Oberarzt Dr. Eisenreich für die freundliche Unterstützung meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Lazar Ellmann, bin geboren am 26. April 1881 zu Zitomir in Russland als Sohn des Kaufmanns Gerschom Ellmann. Nach Besuch des Progymnasiums in Zitomir und des Gymnasiums in der gleichen Stadt, erwarb ich am 3. Juni 1901 das Reifezeugnis und bezog am 15. Oktober 1903 die Universität zu Tomsk in Russland, wo ich nur ein Semester blieb. Im Jahre 1906 ging ich nach Wien, wo ich acht Semester zubrachte. Im Oktober 1910 wandte ich mich nach München.

LITERATUR.

BUMM	Grundriss zum Studieren der Geburtshilfe.
v. WINCKEL	Handbuch der Geburtshilfe.
HEGAR	Ueber Puerperalfieber. Münch. med. Wochenschrift 1901. 38.
OHLSHAUSEN	Ueber den Begriff des Puerperalfiebers. Zentr.-Bl. f. Gyn. 1899, Nr. 1.
BUMM	Ueber die Angaben der weiteren Forschung auf dem Gebiete der puerperalen Wundinfektion. Arch. f. Gyn. 34.
CZERNIEWSKI	Zur Frage der puerperalen Erkrankungen. Arch. f. Gyn. 33.
KOBLANK	Zur puerperalen Infektion. Zeitschr. f. Geb.-H. und Gyn. Bd. 34.
MENGE & KRÖNIG	Zentr.-Bl. f. Gyn. 1900, Nr. 32.
MENGE	Antisepsis und Asepsis bei der Geburt. Hd.-Buch d. Geb.-H. v. Winckel Bd. 1.
DÖDERLEIN	Untersuchungen über das Vorkommen von Spaltpilzen in den Lochien des Uterus und der Vagina bei Wöchnerinnen. Arch. f. Gynäkologie 31.
DÖDERLEIN	Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie B. X.
DÖDERLEIN	Ueber Touchierhandschuhe. Zentr.-Bl. f. Gyn. 1898, Nr. 26.
BEISCH	Der Einfluss der Scheidendesinfektion auf die Morbidität im Wochenbette. Arch. f. Gyn. Bd. LXXIX, Heft 2.
LOEWENSTEIN	Klinisch-statistische Beiträge zum Puerperalfieber. Arch. f. Gyn. Bd. 65, S. 40.
SAFT	Zur Prophylaxe und Therapie des Wochenbettfiebers. Arch. f. Gyn. Band 52, S. 579.
FROMME	Ueber Physiologie und Pathologie im Wochenbett.
v. ROSTHORN	Wochenbett-Statistik der deutschen geburtshilfl. Univ.-Klinik zu Prag. Monatsschr. f. Geb.-H. u. Gyn. 1897, S. 551.
ZANGENMEISTER	Klinische Beiträge zur Frage der Wochenbett-Morbidität. Zeitschr. f. Gyn. u. Geb.-H. 1902, Bd. 47, S. 440.